

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909. — N° 80

Contribution à l'Étude
DE LA
GANGRÈNE DES PAUPIÈRES

et particulièrement de celle d'origine érysipélateuse

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 20 Janvier 1909

PAR

LÉON COUARD

Ex-interne de l'Hopice Saint-Robert

né à Bouligneux (Ain), le 16 février 1872

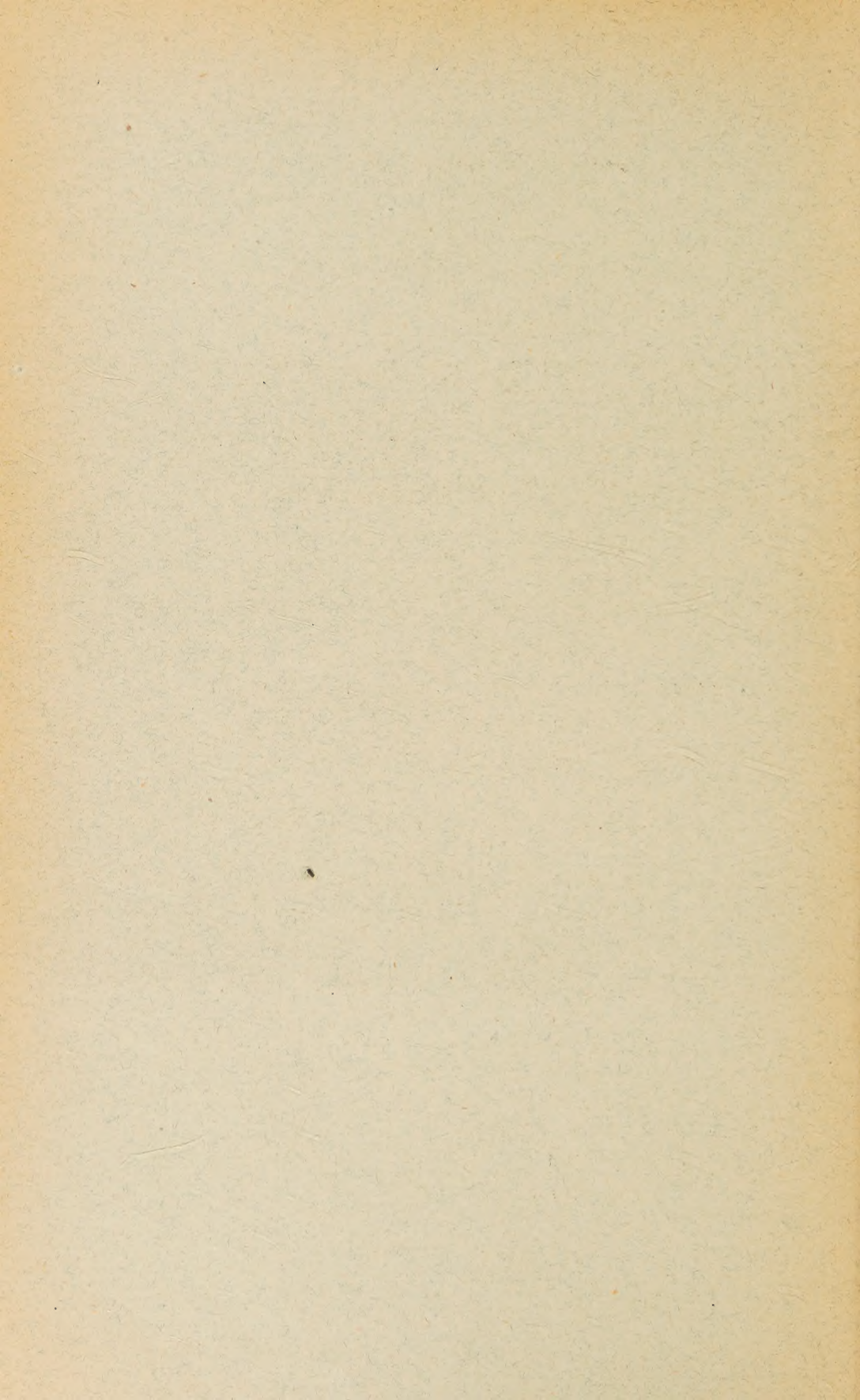


LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

14, rue Bellecordière, 14,

—
1909





Digitized by the Internet Archive
in 2026



FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

Année scolaire 1908-1909. — N° 80

Contribution à l'Étude
DE LA
GANGRÈNE DES PAUPIÈRES

et particulièrement de celle d'origine érysipélateuse

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

Et soutenue publiquement le 20 Janvier 1909

PAR

LÉON COUARD

Ex-interne de l'Hopice Saint-Robert

né à Boulogneux (Ain), le 16 février 1872



LYON

IMPRIMERIE PAUL LEGENDRE & C^{ie}

14, rue Bellecordière, 14,

—
1909

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ.	DOYEN.
J. COURMONT.	ASSESEUR.
LORTET.	DOYEN HONORAIRE.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVÉAU, AUGAGNEUR, MONOYER, BONDET, MAYET, SOULIER, TRIPIER

PROFESSEURS

Cliniques médicales.....	}	MM. LÉPINE.
Cliniques chirurgicales.....		TEISSIER.
Clinique obstétricale et Accouchements.....		BARD.
Clinique ophtalmologique.....		PONCET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques...		JABOULAY.
Clinique des maladies mentales.....		FABRE.
Clinique des maladies des enfants.....		ROLLET.
Clinique des maladies des femmes.....		NICOLAS.
Physique médicale.....		PIERRET.
Chimie médicale et pharmaceutique.....		WEILL.
Chimie organique et Toxicologie.....		POLLOSSON A.)
Matière médicale et Botanique.....		X.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale.....		HUGOUNENQ.
Anatomie.....		CAZENEUVE.
Anatomie générale et Histologie.....		BEAUVISAGE
Physiologie.....		GUIART.
Pathologie interne.....		TESTUT.
Pathologie et Thérapeutique générales.....		RENAUT.
Anatomie pathologique.....		MORAT.
Médecine opératoire.....		ROQUE.
Médecine expérimentale et comparée.....		COLLET.
Médecine légale.....		PAVIOT.
Hygiène.....		POLLOSSON (M.
Thérapeutique.....		ARLOING.
Pharmacologie.....		LACASSAGNE.
		COURMONT (J.).
		PIC.
		FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire.....	DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx.....	LANNOIS.
Pathologie externe.....	VALLAS.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Maladies des voies urinaires.....	MM. ROCHET,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale.....	BERARD,	—
Propédeutique de gynécologie.....	CONJAMIN.	—
Chirurgie infantile.....	NOVÉ-JOSSERAND	—
Hygiène administrative.....	LESIEUR,	—
Accouchements.....	COMMANDEUR,	—
Matière médicale.....	MOREAU,	—
Embryologie.....	REGAUD,	—
Anatomie topographique.....	PATEL,	—

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM.	MM.
BARRAL.	REGAUD.	J. LÉPINE.	VORON.
SAMBUC.	COMMANDEUR.	LESIEUR.	NOGIER.
COURMONT (P.).	GAYET.	MARTIN (Et.).	MOUNEYRAT.
CHATIN.	MOREL.	CAVAILLON	LATARJET Ch...
VILLARD.	NEVEU-LEMAIRE	LAROYENNE	BERIEL Ch...
TIXIER.	PATEL.		

M. BA YLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

M. ROLLET, Président ; M. TIXIER, Assesseur ;
MM. PATEL et LAROYENNE, Agrégés.

La Faculté de médecine de Lyon déclare que les opinions émises dans les Dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

*Je dédie ce modeste travail en
témoignage de ma profonde recon-
naissance et de ma tendre affection.*

A MON FRÈRE ET A MA SOEUR

A tous ceux envers qui nous avons contracté
quelque dette de reconnaissance.

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE :
MONSIEUR LE PROFESSEUR ROLLET

CHEVALIER DE LA LÉGION D'HONNEUR
PROFESSEUR DE CLINIQUE OPHTALMOLOGIQUE

Avant d'aborder notre sujet, nous avons un devoir très agréable à remplir. Nous sommes heureux que l'usage nous autorise à témoigner notre reconnaissance à tous ceux qui nous ont aidé durant le cours de nos études.

Nos remerciements iront tout d'abord à notre Père, qui nous donna toujours l'exemple de la probité, de la droiture et du travail. Nous n'oublierons jamais les nombreux sacrifices qu'il fit pour nous, et et nous le prions de croire à notre éternelle reconnaissance. Notre Mère a tous les droits à nos respectueux hommages. Aujourd'hui, plus que jamais, nous apprécions ses conseils sages et éclairés, son inépuisable bonté et sa tendre affection. Nous lui adressons ici l'expression de notre profond amour, et nous formons les vœux les plus ardents pour le prompt rétablissement de sa santé. En maintes circonstances nous avons pu remarquer les délicates attentions de notre sœur à notre égard. Qu'elle reçoive nos sincères compliments. Nous ne saurions

oublier la constante affection de notre frère, l'ami fidèle des bons comme des mauvais jours.

C'est, ensuite, une dette de reconnaissance envers nos Maîtres des hôpitaux et nos professeurs de la Faculté.

M. le professeur Bondet, ancien professeur de clinique médicale, a toujours été pour nous le meilleur des maîtres. Nous restons vivement touché et nous n'oublierons jamais l'accueil qu'il nous a toujours fait. Il demeurera pour nous le maître attachant dont nous avons été et voulons rester l'élève assidu. Dans le même service, à l'Hôtel-Dieu, nous avons eu le bonheur de mettre à profit les savantes cliniques de M. le professeur agrégé Chatin, de M. le docteur Cade, médecin des hôpitaux. Nous n'oublierons jamais les intéressantes leçons du soir, au lit du malade, de MM. les docteurs Brisson, Pallas et Revol, moniteurs de clinique. Elles nous ont vivement intéressé et nous sommes heureux d'avoir pu les suivre régulièrement.

L'enseignement clair et précis de M. le professeur Jaboulay, professeur de clinique chirurgicale, nous a rendu les plus grands services. Nous le prions d'accepter l'hommage de notre respectueuse gratitude.

Nous ne pouvons oublier la bienveillance de MM. les professeurs Girard et Perriol, chirurgiens, Porte et Gibert, médecins des Hôpitaux de Grenoble.

Nous adressons également un souvenir ému à M. le Dr Brunet, aujourd'hui Médecin-Directeur de la colonie familiale d'Ainay-le-Château (Allier) dont

nous avons eu le grand honneur d'être l'interne durant plusieurs années. C'est à lui que nous devons nos connaissances dans cette partie si intéressante de nos études ; la médecine mentale.

Enfin, au Maître qui nous réserva un si aimable accueil et qui nous fait aujourd'hui le grand honneur de vouloir bien présider notre thèse, nous exprimons notre sincère reconnaissance.

M. le Dr Maire, interne des hôpitaux, a bien voulu s'intéresser à notre travail. Ses conseils éclairés ont été pour nous une aide précieuse. Nous le prions de croire en notre vive reconnaissance.

Que tous nos amis, tous nos camarades d'études, tous ceux qui furent bienveillants pour nous soient assurés de notre fidèle souvenir.

INTRODUCTION

Au moment d'entreprendre ce travail, nous n'avons certes pas eu l'intention de faire œuvre complète et nouvelle sur le sujet, déjà beaucoup étudié, de la gangrène des paupières. Cette affection, en effet, fut mise au point, il y a déjà fort longtemps, d'une façon magistrale par le professeur Gosselin, et l'on ne saurait modifier la classification qu'il a adoptée, si conforme à la réalité des faits.

Nous ne voulons ici que contribuer fort modestement à l'éclaircissement d'un chapitre de pathologie pour lequel les faits cliniques observés sont, somme toute, assez rares. Pour cela nous nous baserons sur l'analyse de quelques cas anciens et surtout d'un cas actuel que nous avons observé minutieusement et suivi pendant toute son évolution dans la clinique de M. le professeur Rollet.

Nous tenons à dire tout d'abord que nous laisserons de côté, dans cette étude, la description de l'œdème malin des paupières, traitée déjà d'une

façon fort précise dans la thèse de René Schmidt ; de la pustule maligne charbonneuse, des gangrènes des paupières d'origine traumatique, pour n'envisager que celle survenant au cours d'une maladie infectieuse, et en particulier de l'érysipèle de la face. Inspiré par le cas que nous publions, nous essaierons de montrer comment apparaît cet accident au cours d'un érysipèle, comment il se développe, comment il peut se terminer et enfin quelles sont les ressources que la chirurgie nous offre pour en supprimer les conséquences fâcheuses.

Après un historique succinct de la question, nous en étudierons successivement l'étiologie, la pathogénie et la bactériologie, puis l'anatomie pathologique. Nous en ferons ensuite la description clinique, et tenterons d'en déterminer les complications. Enfin, après des considérations sur le pronostic et le diagnostic, nous terminerons par un examen du traitement soit préventif, soit chirurgical.

CHAPITRE PREMIER

Historique

L'érysipèle de la face avait été observé cliniquement déjà dans l'antiquité. Au début, et plus s'enrichit l'histoire de la médecine, plus on s'efforce d'expliquer sa pathogénie. On lui attribua tout d'abord une origine biliaire; plus tard, prit naissance une théorie anatomo-clinique qui fit dépendre cette affection de lésions vasculaires. Enfin, au siècle dernier on reconnut en elle, une septico dermite avec infiltration du derme par les globules blancs.

Nepveu et Hunter aperçurent les premiers le microbe dans le sang de la plaque. Depuis cette époque les travaux se succédèrent rapidement. Quelques années plus tard, Feltheisen, à son tour, a le bonheur de découvrir et de cultiver le microbe, le streptocoque en chaînette. Enfin, ces dernières années, après les études de Trousseau, les travaux

de Metchnikoff complétèrent les connaissances bactériologiques déjà acquises.

La gangrène, d'autre part, était déjà connue au temps d'Hippocrate, du moins celle des vieillards et celle de l'ergotisme.

Van Swieten s'attacha à l'étude de celle qui survient spécialement par le mécanisme de la thrombose.

Plus tard, Godin la classa en deux formes anatomiques : l'une sèche, l'autre humide. Quelques années après, Sevestre, puis Achalme s'attachèrent à l'étude de la pathogénie et des formes de l'érysipèle gangréneux, et ce dernier donna son nom à l'une d'elle : l'érysipèle blanc.

La gangrène des paupières survenant comme complication au cours de certaines maladies infectieuses fut observée déjà il y a plusieurs siècles ; mais elle était d'autant plus mal connue, d'autant plus obscure qu'on ignorait tout des causes et de l'hystologie pathologique de l'érysipèle lui-même.

Dès 1817, Hébréard, dans un remarquable mémoire présenté à la Société de Médecine de Paris, étudie la gangrène considérée dans les divers systèmes anatomiques qu'elle peut affecter. Jaccoud, puis Deschambre, dans leur dictionnaire, s'étendent longuement sur l'œdème malin et la pustule maligne des paupières et ne consacrent que quelques lignes à la variété qui nous occupe.

Mais le travail le plus considérable, celui qui présentait alors la question sous un jour tout nouveau et avec une clarté digne de son auteur, est l'article de

Gosselin dans le dictionnaire de médecine pratique. Nous reviendrons du reste, plus loin, sur les idées de Gosselin, au chapitre consacré à l'étude clinique. Beaucoup plus tard, Valude publia un cas intéressant de phlegmon gangréneux des paupières après une chute sur l'œil. Il y eut envahissement par le processus gangréneux en profondeur et en surface et terminaison fatale.

De son côté, Anderson Smith constata un œdème solide des paupières à la suite d'attaques réitérées d'érysipèle. En 1894, parut une étude très documentée d'Elschnig sur l'étiologie et la pathogénie de la gangrène des paupières. La même année, Mitvalsky présente deux cas de gangrène bilatérale des paupières.

Troussaint, en 1903, à propos d'un cas assez grave, expose ses idées personnelles sur la question.

En 1904, une revue générale paraît en Allemagne sur le phlegmon gangréneux aigu des paupières.

Nous nous réservons de rappeler, à la fin de ce travail, les cas très curieux observés par trois auteurs espagnols, Castresana et Gorcochea d'une part, et Isola A. d'autre part.

Après la revue générale de la question faite par Pes en 1906, paraît la thèse de Prince H., à Paris, consacrée à l'étude de l'érysipèle gangréneux dans ses différentes formes.

La même année, René Schmitt soutint, à Lyon, sa thèse inaugurale sur l'œdème malin charbonneux et non charbonneux des paupières, travail sorti de la clinique de M. le professeur Rollet.

Enfin, nous citerons, tout récemment, en 1908, les articles parus dans les annales d'occulistique de Paris, où Morax étudie d'abord le pronostic de la pustule maligne des paupières, ensuite, un procédé d'autoplastie palpébrale destiné à réparer les pertes de substance des paupières.

CHAPITRE II

Etiologie et Pathogénie

Conformément à l'explication que donne, de la gangrène en général, Littré et Robin dans leur dictionnaire, nous définirons la gangrène des paupières : une extinction de toute action organique dans la peau, le tissu cellulaire, et même les régions profondes des paupières, avec réaction de la puissance vitale dans les parties contiguës. Cette destruction, d'ailleurs, apparaît sous l'influence de divers états morbides, car nous ne voulons pas admettre qu'il existe de gangrène idiopathique des paupières, les cas publiés sous ce titre relevant en réalité de causes qui n'ont pas pu être connues.

Cet accident peut apparaître à tout âge, comme du reste, les affections qui le provoquent. L'un et l'autre sexe peuvent être frappés indifféremment, semble-t-il. Les individus surmenés, déjà tarés, peu-

vent être atteints de préférence, leurs tissus se défendant plus mal. Il en est de même des sujets chez lesquels le système vasculaire est déjà endommagé et qui ont, de ce fait, une prédisposition spéciale à la gangrène.

Elschnig nous a donné une classification logique des différentes gangrènes des paupières, car elle est basée sur la pathogénie. En effet, il cite, en premier lieu, les *gangrènes provenant d'une infection de voisinage* : pustule maligne due à la conjonctivite blennorrhagique, gangrène de l'érysipèle, phlegmon par extension d'une dacryocystite grave ou d'une panophtalmie. En second lieu, viennent les *gangrènes résultant d'une septicémie générale*, d'une endocardite ulcéreuse, enfin les *gangrènes d'origine traumatique*.

Pour quelles raisons, l'érysipèle facial peut-il provoquer la gangrène ? Pourquoi cette gangrène se localise-t-elle de préférence aux paupières ? Telles sont les deux questions auxquelles nous devons répondre, pour élucider la pathogénie de l'affection qui nous occupe.

Il est, tout d'abord, de notion courante, que l'érysipèle facial commun gagne de proche en proche, et comprend toujours les paupières dans son territoire d'envahissement. Lorsque la dermite spécifique s'étend à certains organes plus délicats et à tissu cellulaire plus développé, il provoque un œdème considérable, une exsudation séreuse abondante, entraînant de grosses perturbations vasculaires.

Quel est le clinicien qui, au cours de sa carrière,

n'a pas été frappé par l'aspect véritablement repoussant et grotesque de certains érysipélateux de la face, de ces sujets obèses, bouffis, à tissu adipeux anormalement développé, avec des paupières rouges, violacées, quelquefois noirâtres par suffusion sanguine sous-cutanée, soulevées par des phlyctènes d'où s'échappe un liquide roussâtre, tuméfiées au point de former deux sacs énormes de chaque côté du nez, rendant impossible toute tentative d'ouverture de la fente palpébrale. Voilà le faciès de magot chinois tel que le décrivent les classiques. Comme on conçoit bien que la gangrène puisse être le résultat de lésions semblables, à un degré plus avancé !

Pour certains auteurs, l'endothélium des petits vaisseaux sous-cutanés est, soit comprimé, soit atteint par l'infection streptococcique et une thrombose se forme dans le vaisseau, oblitérant sa lumière. Renaut et Conheim prétendent que, dans ce cas-là, la lésion de l'endothélium vasculaire est primitive et entraîne à son tour fatalement la thrombose.

Les vaisseaux, ainsi supprimés fonctionnellement, ne nourrissent plus les tissus dépendant de leur territoire, tissus qui meurent alors et s'éliminent. Car, en somme, on ne saurait admettre sans preuves que l'intoxication streptococcique soit, à elle seule, plus gangrénisante, si l'on veut bien nous permettre cette expression, que toute autre. Il est cependant des cas où la virulence du microbe seule stupéfie les tissus et les frappe de mort, ce qui est une forme extrêmement grave, comme on peut penser.

Nous venons de faire allusion, ici, aux idées expo-

sées par Achalme, dans son travail sur la question : « La nature du terrain sur lequel se développe le streptocoque, dit cet auteur, semble plus que sa virulence, jouer un rôle dans la pathogénie de la gangrène. Aussi, pouvons-nous distinguer deux causes principales correspondant chacune à une forme spéciale d'érysipèle gangreneux : la première est surtout sous la dépendance de la partie atteinte et tient à une disposition locale de certaines régions de la surface cutanée; l'autre est due au mauvais état général du malade atteint d'érysipèle ».

Le streptocoque de Feilheisen et les autres variétés du même agent spécifique sont maintenant fort bien connus. Nous-même avons exalté sans peine la virulence de cultures streptococciques ensemencées avec le liquide provenant des phlyctènes de plaques d'érysipèle bénin, au point que ces cultures injectées à des cobayes sains provoquaient la mort en quarante-huit heures avec une septicémie intense sans que l'organisme ait même eu le temps de faire une localisation.

On conçoit qu'un agent devenu aussi virulent, ayant prise sur un organisme affaibli puisse, soit par ses toxines, soit par lui-même, surprendre certains tissus et les mortifier avant qu'ils aient eu le temps de se défendre. Mais nous croyons que, dans les cas bénins de gangrène érysipélateuse, qui, en somme, nous intéressent surtout, la gêne mécanique seule est capable de provoquer ces lésions. et cela, comme nous le disions plus haut, par distension exagérée d'un tissu cellulaire lâche et peu vasculaire; c'est alors

toujours une complication locale indépendante de la gravité de la maladie. D'ailleurs, dans ces derniers cas, comme dans celui que nous avons l'avantage de publier, l'examen de coupes pratiquées sur des lambeaux du tissu malade fait apparaître les variétés microbiennes les plus diverses et les plus banales, mais nullement le streptocoque. Achalme fit de nombreuses coupes histologiques de paupières gangrénées et ne trouva pas de micro-organismes.

Il résulte, des recherches de Pes, que la gangrène des paupières est produite, le plus souvent, par le streptocoque, en second lieu par le staphylocoque et, plus rarement, par le bacille de la dyphtérie ; elle n'est pas l'œuvre d'un seul bacille.

CHAPITRE III

Etude Anatomo Pathologique

La plaque de gangrène peut être limitée à une seule paupière , mais, en général, la paupière supérieure et la paupière inférieure sont atteintes et détruites. Nous en avons pour preuve l'observation de Castresana et de Gorcocchea, sur un cas de gangrène érysipélateuse des quatre paupières, avec phénomènes généraux graves et mortification large des tissus. Consécutivement, il se produisit des suppurations abondantes sur les incisions faites ; on pratiqua des interventions pour fermer les trajets fistuleux et extirper les séquestres osseux. Malgré de tels délabrements, la *restitutio ad integrum* fut presque complète.

La gangrène peut apparaître en même temps que l'érysipèle lui-même au moment où éclatent les phénomènes généraux et où la dermite se constitue : érysipèle gangréneux d'emblée. Mais le plus souvent

ce n'est qu'après l'infiltration des paupières que la coloration noirâtre et livide de cet organe se montre d'abord légère, en un point très limité, pour s'étendre ensuite progressivement jusqu'aux régions dont la vitalité résiste à la destruction. C'est, en général, à la limite de la paupière elle-même que la barrière se forme. « La gangrène telle qu'on l'observe dans les services de médecine, comme terminaison de l'érysipèle, est ordinairement la conséquence de l'intensité du travail inflammatoire local ; elle atteint de préférence les points où la peau est fine et délicate tels que les paupières ; il n'est pas rare de l'observer aux oreilles. Dans la très grande majorité des cas le sphacèle se limite de bonne heure et n'a pas de conséquences sérieuses ; il est même rare qu'il en résulte des cicatrices difformes. La coloration noire ne serait pas à elle seule un signe suffisant pour établir la réalité de ce mode de terminaison. L'insensibilité de la surface malade sera surtout un bon moyen de ne pas prendre pour de la gangrène l'épanchement de sang noirâtre et desséché sous une phlyctène. Dans d'autres cas, la gangrène reconnaît pour cause les conditions générales de débilitation déjà préexistantes au moment de l'invasion de la maladie. Elle tend alors à couvrir une étendue beaucoup plus considérable et comporte un pronostic en rapport avec l'état cachectique du malade ». (Dictionnaire de Jaccoud).

Au moment où la lésion est constituée, on trouve, au-dessous du sourcil par exemple, une plaque noire, sèche, de consistance cornée, maintenant les tissus

immobiles et rigides. Autour de cette plaque existe une zone rouge, humide, suintante, où se fait le travail de séparation du mort d'avec le vif, absolument de la même façon que se forme le sillon d'élimination qui, dans une gangrène de la jambe, permettra au membre sphacélé de tomber de lui-même ; si bien que, à un stade plus avancé et plus près de la guérison, la plaque gangrénée est tombée et on voit à sa place les tissus rouges vif de la paupière et même parfois les cartilages tarses mis à nu. A ce niveau commence un travail de réparation qui transformera cette plaie béante en une cicatrice fibreuse. Mais, chose véritablement remarquable, la réparation se fera de proche en proche et de la périphérie au centre : les cellules du derme et de l'épiderme se reproduisant intégralement suivant leur mode habituel et avec leurs couches histologiques déterminées, assez parfaitement pour que, en dépit des délabrements considérables constatés au stade précédent semblant avoir détruit la paupière presque toute entière, il reste une cicatrice extrêmement réduite, blanche, lisse, entourée d'épiderme de nouvelle formation absolument sain. C'est ainsi que des malades que l'on s'attendait à voir presque défigurés sont, au point de vue esthétique, à peine touchés. Malheureusement cette cicatrice est rétractile et la nouvelle paupière qui se forme n'est qu'un organe inutile ; elle n'a plus, en effet, cette souplesse et cette mobilité indispensable à la protection de l'œil. Elle est rigide, elle est plus courte que normalement, elle est renversée en dehors, de sorte qu'il se forme fatalement

un ectropion plus ou moins accentué. Si la chirurgie n'intervient pas alors, la cornée se dessèche et s'ulcère et l'œil ne tarde pas à être perdu.

Il ne faudrait pas croire, toutefois, que tout érysipèle gangréneux grave et de longue durée évolue, chez les personnes prédisposées, vers la gangrène. Il peut revêtir la forme phlegmoneuse, la forme d'œdème chronique et dur comme dans l'observation de Lavraut. A la suite d'érysipèles faciaux à répétition, cet œdème s'installa définitivement comme aussi dans le cas d'Anderson Smith.

Si l'on pratique une coupe dans la région périphérique de la plaque gangréneuse, on voit au microscope, au niveau du tissu mortifié, une plaque sombre, grossièrement fibrillaire, où il est absolument impossible de déceler une organisation quelconque. Au contraire, au niveau du sillon d'élimination, on voit un tissu cellulaire aux larges vacuoles, aux cellules gonflées et proliférantes, en voie de division kariokinétique ou directe, un derme épaissi, au-dessus duquel les cellules de la couche génératrice de l'épiderme sont en pleine prolifération. Ce tissu est infiltré de globules blancs et parcouru en tous sens par de très riches arborisations vasculaires de nouvelle formation.

En général, la gangrène se limite aux paupières sauf dans les cas d'extrême gravité, où elle peut gagner, par les voies lymphatiques, la cavité crânienne et amener des complications fatales. En général, l'œil est respecté et apparaît sain au-dessous de cette vaste plaie.

CHAPITRE IV

Etude Clinique

Au début de ce chapitre et avant d'entreprendre des considérations générales sur les symptômes et l'évolution de la gangrène des paupières d'origine érysipélateuse, nous croyons devoir exposer l'observation qui sert de base à ce travail, ainsi que quelques cas anciens. En effet, cette observation nous paraît fournir un tableau clinique complet et typique de la maladie.

OBSERVATION I

(Clinique de M. le Professeur ROLLET)

L... Félicie, âgée de 33 ans, née à Laval, canton de Domène. Pas d'antécédents héréditaires ni collatéraux. Le père serait mort d'accident, la mère est rhumatisante. La malade ajoute, d'ailleurs, qu'elle appartient à une famille de rhumatisants. Elle a une sœur et un frère d'excellente santé,

ce dernier opéré autrefois d'une appendicite. L'enfance de la malade se passa sans affection digne d'être signalée. A 14 ans, par suite du surmenage et de la fatigue, dit la malade, un peu d'anémie fut constatée et combattue par un médecin. Réglée à 15 ans, la malade fut mariée à 23 ans et possède un enfant de 9 ans, dont la santé est bonne. Le mari est de constitution robuste. Il est cultivateur et continuellement en contact avec les bovidés, mais il n'y a pas d'animaux charbonneux dans le pays. La malade avait, ces derniers temps, une existence fort pénible, occupée au rude travail des champs qui l'avait surmenée et affaiblie.

L'affection qui nous occupe a débuté le 6 août 1908 par une petite plaque rouge disparaissant par la pression et siègeant à la partie interne de la paupière inférieure droite. La malade s'en aperçut le matin en s'éveillant; mais elle ne se souvient nullement d'avoir été piquée, ou d'avoir eu à ce niveau un traumatisme quelconque, elle signale simplement une épistaxis légère deux ou trois jours avant. Les conjonctives étaient rouges aux deux yeux. La malade ne prêta tout d'abord aucune attention à d'aussi légers troubles.

Le lendemain, aux deux paupières droites, existait un œdème pâle, mou, sans douleur ni prurit. La lésion augmenta progressivement et le quatrième jour envahit les joues, les tempes, le front, une partie du cuir chevelu et l'œil du côté opposé. Le cinquième jour, l'envahissement de la face cessa, mais l'œdème descendit sur la partie antérieure et postérieure du thorax. Au niveau des régions primitivement atteintes, on pouvait constater une transsudation séropurulente. Pendant quatre jours, l'état de la malade resta stationnaire. Mais l'œdème des paupières droites devint dur et sombre. Le médecin, appelé alors, fit sans hésitation le diagnostic d'érysipèle gangréneux et ordonna des applications antiseptiques locales. A ce moment, les urines examinées ne révélèrent ni albumine ni sucre.

Le dixième jour, l'œdème a régressé partout, sauf au niveau des paupières droites et de la tempe. Là, on constate

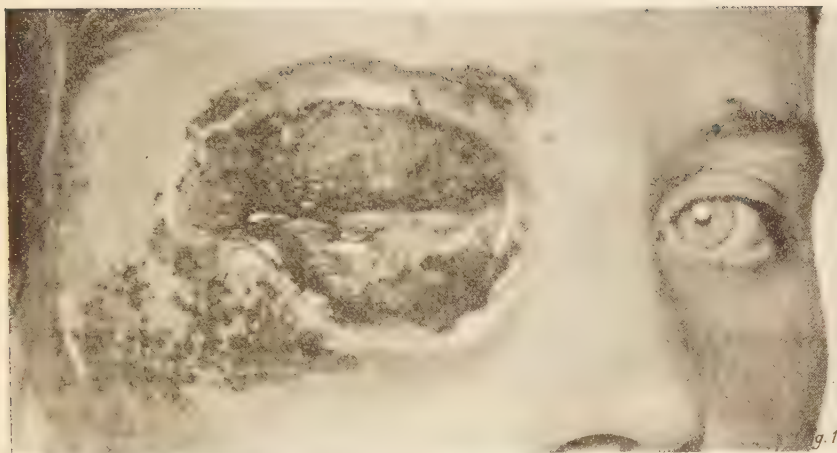


Fig. 1



Fig. 2

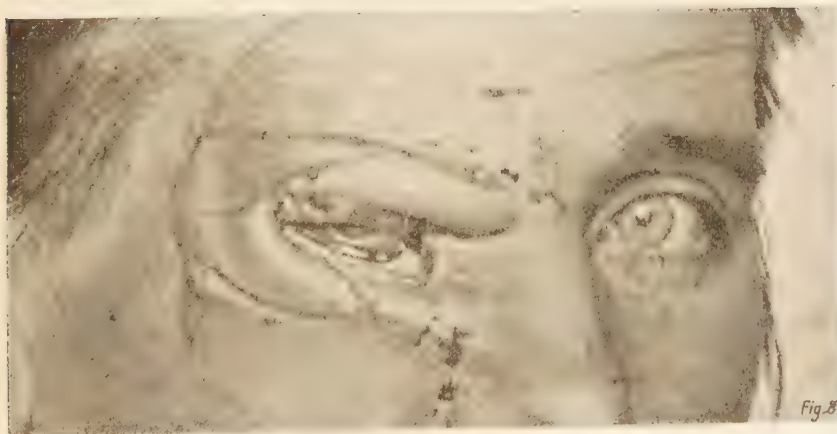


Fig. 3

une large plaque noire et dure de tissus mortifiés qui persistera en même temps qu'un gros engorgement ganglionnaire sous-maxillaire et parotidien. Les phénomènes généraux furent assez violents; il y eut de la température, une faiblesse extrême, une soif vive, de l'inappétence et de l'insomnie. L'évolution de l'érysipèle terminée, la malade est restée quinze à dix-huit jours chez elle, portant son escarre palpebro temporale double définitivement constituée.

C'est dans cet état qu'elle est amenée à l'hôpital. Son état général paraît très satisfaisant, le teint est coloré, les différents appareils fonctionnent normalement. L'attention est immédiatement attirée par une tuméfaction ligneuse et noire de toute la région temporo-palpébrale droite (fig. 1). Les deux paupières maintenues fermées sont entièrement recouvertes par une véritable carapace noire, dure, sèche, criant sous le stylet qui l'explore. Autour de cette escarre apparaît une zone déprimée, rouge, début de sillon d'élimination, au niveau duquel existe une sécrétion purulente épaisse. Les paupières maintenues écartées, la conjonctive se montre congestionnée, mais l'œil lui-même apparaît intact. Ailleurs encore, aucune trace de l'œdème primitif; la région de l'œil gauche est absolument normale.

Le 12 septembre, la malade est examinée soigneusement de nouveau. Un examen microscopique et bactériologique du pus est fait par M. le Dr Aurand, chef de laboratoire de la clinique, qui ne révèle que la présence du *pneumocoque*. L'escarre de la paupière inférieure est tombée et celle de la paupière supérieure est soulevée par le travail de réparation sous-jacent. Au lieu et place de la paupière inférieure, reste une vaste plaie allant d'une commissure à l'autre. A la paupière supérieure, la plaque de gangrène, qui intéresse aussi les muscles des paupières, mesure 6 centimètres de longueur environ sur 3 de largeur. Un léger éctropion commence à se former. Il est une particularité du plus haut intérêt et sur laquelle nous insistons: c'est que la gangrène n'a pas intéressé le rebord ciliaire des deux paupières, lequel est resté

absolument intact et portant ses cils. On comprend combien la conservation de cette région marginale est heureuse pour la malade, car, d'une part, une surface du rebord palpébral avivée eût amené un accollement définitif des deux paupières, et, d'autre part, la destruction des cils eût été la suppression d'un agent de protection important pour l'œil.

Le 3 novembre, l'ectropion s'accroissant, M. le professeur Rollet décide de libérer par une incision sous-marginale chaque paupière pour en empêcher le renversement en dehors et de suturer simplement ces deux membranes l'une à l'autre pour en maintenir le rapprochement. L'intervention est faite sous anesthésie. Les deux zones d'écartement de l'incision sont laissées sans autoplastie. Lors du premier pansement, trois jours après, le résultat paraît bon. Les deux paupières recouvrent l'œil ; mais au huitième jour, les fils lâchent et l'éctropion se reproduit. On décide alors de laisser le travail de cicatrisation vicieuse se faire tout entier et l'on se réserve, une fois les tissus reformés et toute sup-puration disparue, de reconstituer les deux paupières au moyen d'une autoplastie.

Un mois après (fig. II), la plaie est totalement fermée et la cicatrice est extrêmement réduite, comparativement à l'étendue des lésions précédemment constatées. Quelques jours plus tard, la malade est anesthésiée de nouveau ; on libère la cicatrice fibreuse des deux paupières et l'on reforme celle-ci par l'interposition de quatre lambeaux pédiculés en croissant (*procédé de M. le prof. Rollet*). Des deux lambeaux supérieurs, l'externe est pris aux dépens de la peau de la région temporo-frontale et, par un mouvement de glissement et de torsion, est appliqué sur la plaie palpébrale et maintenu au moyen d'une suture au fil métallique fin.

Le lambeau interne est pris sur la région fronto-sourcillière ; quant aux deux lambeaux destinés à la reconstitution de la paupière inférieure, ils sont pris aux dépens de la peau de la joue et du nez. Les suites opératoires furent des plus simples. Le neuvième jour, les fils furent enlevés, la

surface était absolument aseptique. Toutefois, un des lambeaux avait mal tenu à la partie externe et laissait apparaître une petite surface éruentée qui d'ailleurs se combla ensuite rapidement par bourgeonnement.

Actuellement, le résultat est presque parfait : la forme des paupières se précisera avec le temps, les tissus s'assoupliront, se coapteront, et la nature achèvera et perfectionnera le travail du chirurgien.

Nous avons cru intéressant de montrer dans les gravures, ci-contre, provenant des photographies qui ont été prises dans le service, l'état des paupières au moment de la gangrène, au moment de l'ectropion cicatriciel et enfin (fig. III) après l'intervention définitive.

OBSERVATION II

(Extraite des Archives d'ophtalmologie, section d'ophtalmologie du Collège des médecins de Philadelphie, meeting du 15 février 1898).

Rapport sur un cas de gangrène des paupières de cause inconnue, étiqueté gangrène idiopatique de la peau des paupières.

Cette gangrène, dont on n'a pu, malgré des recherches minutieuses, établir la cause, frappa, trois enfants d'une même famille, nés de parents sains. Chez l'aîné, il y eut absence complète de la paupière supérieure et de la paupière inférieure. Celui-ci guérit ainsi que le second; quant au dernier enfant, âgé d'un an, il succomba,

OBSERVATION III

(CASTRESANA ET GORCOCHEA FB. *Correspondant Médical de Madrid* 1904 XXXIX 480-490).

Note sur un cas d'érysipèle gangréneux des quatre paupières avec phénomènes locaux et généraux graves.

La gangrène ici est infectée et s'accompagne d'inflammation phlegmoneuse qui motiva des incisions. Supurations consécutives et décollements en profondeur. On cherche par des interventions à tarir les trajets fistuleux et à extirper les séquestres osseux. Malgré de tels délabrements, la *restitutio ad integrum* fut presque complète.

OBSERVATION IV

(PÉCHIN. — Extrait de la *Revue d'ophtalmologie* 1900).

Erysipèle infectieux des paupières chez une jeune fille de 12 ans.

Il y eut un œdème considérable de la paupière supérieure et inférieure. La conjonctive palpébrale était infectée sans infiltration toutefois. Les ganglions auriculaires étaient

engorgés. L'œil droit fut atteint à son tour ; les paupières prirent de ce côté une teinte érysipélateuse, mais le processus fut toujours plus accentué à gauche. La malade tomba dans le coma et mourut le huitième jour.

OBSERVATION V

(TROUSSAINT. — Extraite de la *Revue d'ophtalmologie* de 1903).

Dans ce cas, l'érysipèle fut limité aux paupières. A droite, la paupière fut le siège d'une supuration streptococcique intense.

Vers le dixième jour, survinrent des crises convulsives avec exacerbation des phénomènes généraux. A ce moment, se produisit une complication encéphalique avec épilepsie jacksonienne et monoplégie brachio faciale gauche. L'auteur attribue la guérison qui se produisit dans un cas aussi grave aux injections du sérum de Marmoreck ; il admet que la propagation de l'injection palpébrale au crâne se fait par la voie lymphatique.

OBSERVATION VI

(*Phlegmon gangréneux aigu des paupières. Annales d'oculistique. Analyse d'un article de Pes, Zeitschrift für augenheilkunde.*)

Pes relate 3 observations qui lui sont personnelles.

OBSERVATION A. — Homme de 38 ans. Il ressent brusquement une « piqûre d'insecte », le lendemain se manifeste un œdème de la racine du nez. En 3 jours l'œdème gagne les deux paupières et tient l'œil fermé. La peau se sphacèle, et il se creuse une perte de substance saignante et purulente.

Le malade est amené à Turin. Les paupières sont en entropion, il existe une nécrose laissant intacts les bords libres. Il y a des points de pseudo-membranes ; les tissus sont adématisés, le gonflement est énorme. — Guérison avec

cicatrices rétractiles et lagophthalmos. L'examen bactériologique pratiqué révéla la présence du *streptocoque* absolument pur.

OBSERVATION B. — Femme de 48 ans. Elle reçut un coup de griffe de volaille sur l'œil et la paupière. En 4 jours, nécrose de la cornée avec pseudo-membranes sur la conjonctive bulbaire.

Une sécrétion purulente sort de l'œil. L'œdème est énorme, il y a un adénite préauriculaire et sous-maxillaire. Il se développe alors une ulcération nécrotique des 2 paupières et une panophtalmie. Guérison avec colobomes cicatriciels aux paupières. L'examen bactériologique ne montra que le *staphylococcus pyogenes aureus*.

OBSERVATION C. — Homme de 52 ans. Il se heurte l'œil à un clou. Huit jours après, se forme une panophtalmie avec gangène des paupières. Le malade mourut de septicémie en quinze jours. L'examen bactériologique ne donna pas de résultat. L'examen du sang fut négatif.

L'observation I, tout d'abord, laquelle nous le répétons est inédite, mérite de retenir surtout notre attention. C'est bien, en effet, l'évolution classique de la gangrène des paupières, gangrène totale, sans éléments pathologiques graves qui soient venus en altérer ou en compliquer le tableau clinique. Remarquons que la malade affirme n'avoir subi aucun traumatisme qui puisse faire songer à une infection de cause externe. De plus, l'état général fut fort peu atteint, la gangrène suivit son cours sans que la malade en fut autrement incommodée et une légère élévation de la courbe thermique révélait seule l'inflammation existante. Enfin, il semble que le diagnostic érysipèle, porté rétrospectivement dans la clinique, soit exact et le seul logique.

D'un autre côté, des observations publiées par Pes, et qui closent cette série, se dégagent un enseignement important. Pes lui-même, d'ailleurs, fait une statistique étiologique sur le sujet. Sur 15 cas de gangrène des paupières observées par lui il a trouvé 7 fois le streptocoque, 2 fois le staphylocoque, 1 fois le bacille dyphtérique, 4 fois des agents infectieux mixtes, et 1 fois aucun bacille n'a été vu. Voici quelle classification il donne de la gangrène palpébrale.

1) *Les gangrènes secondaires.* — Celles-ci apparaissent à la suite d'infections microbiennes générales ou locales: influenza, rougeole, scarlatine, fièvre typhoïde, variole, érysipèle, coqueluche, endométrite, sinuste frontale.

2) *Les gangrènes dites primitives.* — La cause alors doit être cherchée au niveau même des paupières ou dans leur voisinage. La première et la plus typique est la gangrène dite *a frigore*, par applications de glace sur les paupières. Il est encore certains cas où le bacille dyphtérique a été trouvé au niveau de la lésion. Il range encore dans cette catégorie la pustule maligne des paupières et la gangrène traumatique avec certains de ces cas où l'examen bactériologique pratiqué a révélé la présence du streptocoque.

Nous avons tenu à rapprocher de l'Observation I, les quelques observations de gangrène des paupières consignées dans les annales ophtalmologiques quoique ces derniers cas ne semblent pas appartenir à la même cause, afin de montrer sous quel aspect la gangrène des paupières en elle-même est susceptible de se présenter.

Est-il besoin, après la lecture de l'Observation I, de faire une description détaillée de la gangrène érysipélateuse des paupières? D'après les quelques cas antérieurs que certains auteurs étrangers ont eu la bonne fortune d'observer, il semble que ce processus gangréneux soit susceptible de se montrer à toutes les périodes de l'affection causale. Elle se montre d'abord sous forme d'une petite zone sombre, à la surface de la plaque. Là, l'œdème n'est plus lisse, dépressible, élastique, comme il est partout ailleurs. Le malade n'y éprouve plus cette sensation de chaleur mordicante que la dermite provoque. La tache noire révélatrice de lésions irrémédiables qui vont se

développer est dure, plus résistante en ce point ; à ce niveau, la sensibilité à la pression est diminuée.

Les jours suivants, cette petite zone mortifiée va s'étendre partout où le tissu cellulaire est libre et lâche, pour ne s'arrêter qu'au niveau où il cesse, ou bien à celui où il est bridé par les dispositions anatomiques de la région elles-mêmes, c'est-à-dire aux limites des paupières. Alors que la dermite régresse et que l'œdème s'affaisse, la plaque de la région frappée de gangrène ne changera pas d'aspect, îlot de tissus à jamais détruits au milieu d'une région si rapidement et si complètement revenue à son état normal sans laisser habituellement aucune trace. Dès lors, le tissu immédiatement en contact avec la plaque de gangrène, va réagir et chercher à se débarrasser de ce corps étranger dangereux, le soulever peu à peu en creusant tout autour de lui un sillon de séparation. Le bourgeonnement réparateur des couches profondes permettra enfin à l'escarre de se détacher et laissera les cellules, par leur prolifération, combler cette vaste perte de substance.

Ce travail néoformateur se manifeste cliniquement par une suppuration abondante tout autour de l'escarre et au-dessous d'elle, obligeant le malade à changer son pansement tous les jours. Cependant, son état général ne se ressent nullement de ces phénomènes locaux. Le plus souvent, son érysipèle a disparu depuis longtemps, et la convalescence se poursuit sans incident. Ce n'est bien souvent qu'au bout de trois ou quatre mois que la cicatrice fibreuse a fermé la plaie.

L'évolution de la maladie est loin d'être toujours la même, soit dans la façon dont elle se manifeste, soit dans l'époque à laquelle elle apparaît, soit enfin dans ses localisations et sa gravité. Pour l'étude de ses formes cliniques, nous ne saurions mieux faire que de rappeler de point en point la description de Gosselin. Cet auteur, en effet, distingue trois formes principales de la gangrène des paupières dans l'érysipèle : la forme primitive, bénigne ; la forme consécutive, grave, et la forme septique :

1^o *Forme primitive.*

Dans un certain nombre de cas, la gangrène palpébrale fait son apparition immédiatement après les phénomènes généraux ; le malade prend brusquement une température de 40° et au-dessus, des douleurs de tête violentes, des vomissements. A ce moment, on remarque une paupière de couleur rouge sombre, puis noire ; autour d'elle de l'œdème s'installe et l'érysipèle facial commence. Ce sont, en général, les paupières qui sont le lieu d'élection de cette forme. Il est permis de se demander, en présence d'une gangrène aussi rapide, si la virulence du streptocoque n'entre pas pour une large part dans les dégâts, mais cette hypothèse ne s'accorde guère avec ce fait que, en général, cette forme est bénigne, plus effrayante que dangereuse.

Ailleurs, après les phénomènes généraux, se montrent à la fois la plaque érysipélateuse et la gangrène, qui vont évoluer parallèlement et se terminer favorablement. Le cas de L... Félicie relaté plus haut semble appartenir à cette classe.

2° *Forme consécutive.*

Alors la gangrène se montre du cinquième au dixième jour, après le début de l'érysipèle, quelquefois plus tard, dit Gosselin, on voit çà et là sur la plaque, au niveau des paupières et aussi dans d'autres régions, des taches sombres tranchant par leur couleur et leur consistance sur l'aspect général rouge vif et luisant des tissus. Ces taches passent ensuite au noir : l'épiderme se boursoufle et forme des phlyctènes remplies d'une sérosité louche. Elles s'ouvrent et laissent apparaître la plaque gangréneuse. De tels phénomènes s'accompagnent ici d'un état général très grave : la fièvre est intense et ne cède pas ; le malade délire et reste dans un état de prostration extrême ; des lésions surviennent à distance, et la terminaison est souvent fatale. Cette variété clinique évolue sur des terrains affaiblis, chez des malades surmenés, amaigris, en état de misère physiologique ou de résistance amoindrie par des affections antérieures.

3° *Forme septique.*

Il survient parfois chez des érysipelateux cachectiques des lésions secondaires d'endocardite streptococcique. Gosselin admet que, au cours de cette endocardite infectieuse, il peut se détacher une embolie septique, capable d'arrêter toute circulation dans un territoire donné et d'y produire la gangrène. Nous n'insisterons pas sur ces derniers cas qui doivent être fort rares.

Nous avons vu, au cours de cette étude, que la gangrène des paupières ou d'ailleurs, observée si

souvent au cours de l'érysipèle, est presque toujours la conséquence de l'intensité du travail inflammatoire local. Cette considération permet de comprendre la différence d'évolution des lésions suivant les cas : ici on aura, au niveau de la paupière, la dermite streptococcique banale avec un œdème peut être plus accentué qu'ailleurs, moins susceptible de régresser régulièrement, là, un état phlycténulaire passager ; ailleurs, un œdème chronique solide, dur, qui persistera longtemps, chez d'autres malades, le véritable phlegmon gangréneux dont nous avons parlé plus haut. Enfin, si intense est le travail inflammatoire, si vive est la gêne mécanique circulatoire, qu'on voit se développer la gangrène avec toutes ses conséquences.

Dans la plupart des cas, la gangrène au cours de l'érysipèle n'aggrave pas sensiblement le pronostic de celui-ci. Nous ne parlons évidemment pas des cas où la gangrène est une conséquence de la malignité de l'érysipèle lui-même. Cependant, des complications plus ou moins sérieuses peuvent survenir du fait seul de la gangrène et des régions où elle se développe. C'est ainsi qu'aux paupières l'infection peut atteindre la cavité crânienne. D'autre part, la moindre éraflure de la cornée peut livrer passage aux produits septiques sécrétés au niveau de la paupière et infecter l'œil entier. Dans un autre ordre d'idées, l'atteinte par le processus gangréneux de tissus importants supprime ceux-ci fonctionnellement par exemple la paupière peut se gangrener dans toute son épaisseur, s'éliminer et laisser l'œil à nu. En tout cas la mortification intéresse presque tou-

jours les muscles palpébraux et surtout le releveur, de sorte que, si la paupière n'est pas supprimée totalement, elle reste rigide, incapable désormais de se relever et de s'abaisser. Le rebord ciliaire peut être intéressé également, et même les orifices lacrymaux obstrués, entraînant une véritable infirmité. Enfin, parmi les trois cas publiés par Pes en 1906, il en est un qui se termina, nous l'avons vu, par la mort, du fait de la septicémie gangréneuse.

CHAPITRE V

Diagnostic

Il serait superflu d'insister sur le diagnostic de la gangrène des paupières à la période d'état. Il est évident que lorsqu'on voit cette carapace noire, sèche, ridée, recouvrant la paupière, on ne peut songer à autre chose qu'à la gangrène sèche, dont l'aspect rappelle absolument ce que l'on observe aux orteils et aux pieds dans la gangrène des vieillards et dans maints autres cas. Nous ne nous attarderons donc pas à discuter et à raisonner un diagnostic qui s'impose.

Mais il n'en est pas de même au début de l'affection. En effet, dans une première catégorie, le malade se présente au clinicien avec un érysipèle facial commun en pleine évolution ; c'est à peine si l'on remarque, au niveau d'une des paupières, un point livide un peu dur où la pression n'est pas spéciale-

ment douloureuse. On comprendra sans peine combien il est nécessaire de savoir reconnaître la mortification commençante, afin de pouvoir avertir le malade et son entourage de cette complication qui aggrave l'état local et augmente singulièrement la durée de la maladie. On est facilement tenté à cette époque de confondre l'infiltration noirâtre des tissus qui se produit souvent au cours de l'érysipèle et qui est due à des suffusions sanguines, avec la gangrène vraie. Un examen attentif de la paupière évitera cette erreur. Mais on aura toujours présente à l'esprit la possibilité de cet accident si l'on songe combien fragiles et délicats sont les tissus palpébraux. N'a-t-on pas cité en effet de nombreux cas où une paupière s'est gangrénée à la suite d'un traumatisme même relativement léger, voire après une application trop prolongée de glace. (Cas de Péchin 1900).

Dans d'autres cas, il s'agit de lésions uniquement et d'emblée palpébrales, le reste de la face étant absolument sain. On aura quelques difficultés à reconnaître l'érysipèle gangréneux primitif des paupières. On devra alors éliminer successivement la lymphangite simple, le phlegmon aigu des paupières, une ecchymose traumatique. Il est rare d'ailleurs qu'après un certain nombre de jours l'érysipèle n'envahisse pas les territoires voisins avec ses caractères si spéciaux et son bourrelet caractéristique.

Dans d'autres circonstances, comme dans l'observation de L... Félicie, c'est un diagnostic causal que le clinicien est appelé à faire. Un malade se présente pour la première fois, porteur d'une gangrène des

paupières évidente. L'interrogatoire ne révèle aucun traumatisme, et le diagnostic rétrospectif est d'autant plus difficile parfois, que l'érysipèle a été bénin et a pu se développer à l'insu du malade.

Il est cependant une affection à laquelle il faut toujours penser : c'est l'œdème malin des paupières. Schmitt, dans sa thèse, rapporte que Babault l'a confondu avec l'érysipèle gangréneux, et Achalme prétend que cette erreur se fait assez souvent. Les anamnétiques et l'histoire des circonstances qui ont précédé la maladie, pourront nous éclairer ainsi que la gravité de l'état général dans l'œdème malin. Quant à la pustule charbonneuse, son aspect arrondi sa couronne de vésicules et sa zone d'œdème périphérique la feront facilement reconnaître. M. le professeur Rollet a observé dans sa clinique un œdème malin des paupières avec escarre nullement charbonneuse, avec comme facteur bactériologique, à l'examen, non pas la bactériidie de Davaine, mais simplement le streptocoque et le pneumocoque.

CHAPITRE VI

Pronostic

Nous devons, arrivé à ce point de notre étude, déterminer quelles seront les conséquences de telles lésions destructives. Ces conséquences seront malheureusement d'autant plus graves, qu'il s'agit de tissus irrémédiablement perdus et appartenant à des organes jouant dans la physiologie de la vision un si grand rôle. Il est évident que le pronostic général immédiat va dépendre de la forme clinique à laquelle on aura affaire. Dans l'érysipèle gangreneux des paupières du second type de Gosselin, la gangrène elle-même étant une conséquence de la gravité de l'infection streptococcique, la terminaison fatale est à craindre. On nous permettra de laisser cette catégorie de cas de côté, pour ne considérer que le pronostic local des accidents.

Tout d'abord, la gangrène des paupières elle-même ne semble pas modifier beaucoup l'évolution

de l'érysipèle et son pronostic. Mais elle retarde la convalescence de la maladie, elle affaiblit le malade et crée une perte de substance avec laquelle on n'avait pas compté au début de l'érysipèle primitif. Le pronostic de la gangrène, considéré en soi, est relativement grave. Le clinicien ne devra pas oublier que la réparation de la perte de substance réduit de beaucoup l'étendue de la plaie, de sorte qu'on peut prévoir, lors de la guérison, une cicatrice beaucoup plus réduite que l'étendue de la gangrène ne l'aurait fait craindre. Il n'en est pas moins vrai que ses conséquences sont des plus fâcheuses au point de vue esthétique, car elle bouleverse plus ou moins le facies du malade et provoque une cicatrice extrêmement disgracieuse. Mais ces considérations doivent passer au second plan si l'on envisage les accidents infectieux et mécaniques qui se produisent souvent et dépendent de l'étendue de la gangrène. Il est des processus d'élimination d'escarre qui s'accompagnent de suppurations intenses et, comme dans toute plaie, de phénomènes infectieux envahissants et mortels. Toutefois, en général, par un traitement logique et sérieux, tout cela peut être évité.

Il n'en est pas de même des perturbations qui sont la conséquence de la suppression fonctionnelle des paupières. On sait que la gravité du pronostic des brûlures de la face si fréquentes chez les épileptiques, change suivant que les paupières ont été ou n'ont pas été intéressées. Il en est de même ici et nous avons dit que le processus gangréneux intéressant en général les muscles des paupières, celles-ci perdent à

jamais leur rôle protecteur de l'appareil oculaire. La cicatrice produite devient rigide, déterminant un ptosis plus ou moins marqué. Mais ce n'est pas tout, et la rétractilité propre à toute cicatrice fibreuse renverse la paupière en dehors et provoque un ectropion en général très accentué. Dès lors, la cornée est découverte d'une façon permanente; elle ne tarde pas à se dessécher, puis son épithélium superficiel tombe; elle s'ulcère, se perfore, la chambre antérieure ouverte s'infecte; une panophtalmie se déclare et l'œil est perdu. S'il n'est pas immédiatement enlevé, une ophtalmie sympathique menace l'œil opposé qui peut subir le même sort.

CHAPITRE VII

Traitement

Il résulte des considérations que nous venons d'exposer au chapitre précédent, que l'érysipèle terminé, le médecin agira prudemment en confiant son malade au chirurgien ou au spécialiste qui suivra l'évolution de la gangrène, hâtera sa guérison, et modifiera les cicatrices vicieuses par une intervention appropriée.

L'indication essentielle, préventivement, au cours de l'érysipèle, sera de protéger les paupières par des applications de pommades astringentes faibles. Si elles sont envahies par le processus, on aura recours aux pansements humides, maintenant cet épiderme délicat à l'abri de l'air, et surtout aux pulvérisations antiseptiques faibles, par exemple à l'eau oxygénée étendue d'eau bouillie chaude, pulvérisations fréquemment renouvelées,

Au cours de la gangrène, des lavages antiseptiques faibles devront être faits au niveau de la plaie, suivis de pansements très aseptiques et renouvelés souvent. Il est inutile et même dangereux de chercher à détacher l'escarre de force ; on devra, au contraire, la laisser tomber d'elle-même. Après sa chute, on se trouvera bien des pansements au vin aromatique qui hâteront la prolifération cellulaire et la formation de bourgeons cicatriciels. On n'oubliera pas de surveiller l'œil et de le préserver par des lavages à l'eau bouillie tiède et des instillations d'un collyre à l'argyrol. Enfin, on se rendra compte que l'appareil lacrymal fonctionne normalement.

Toute suppuration disparue et la cicatrisation terminée, une intervention chirurgicale réparatrice est devenue nécessaire. Quel est le procédé opératoire que l'on devra considérer comme le meilleur ? A cette question, nous ne saurions répondre d'une manière absolue, car le choix de la technique diffère suivant les cas. Cependant, nous sommes d'avis qu'il est inutile de tenter une cure de l'ectropion par de simples débridements, de simples sutures, de légères excisions conjonctivales et autres procédés de petite chirurgie qui échouent le plus souvent. On est obligé, au contraire, de tenter soit des sutures compliquées, soit surtout des plasties. Parmi les sutures curatrices, celle de Snellen, qui consiste à passer un fil en U à travers la paupière attirant la conjonctive en dedans, ne réussit que dans les cas d'ectropion léger. Il en est de même de la suture de Diffenbach, au moyen de laquelle on attire en haut et en dehors, la commis-

sûre externe. La suture de Graeffe, après glissement de la peau de la paupière, n'est pas applicable dans notre cas où cette peau elle-même fait défaut. On en est donc réduit à s'adresser à des opérations plus complexes et d'abord à la blépharoplastie qui consiste à tailler sur place un lambeau, aux dépens duquel sera reformée la paupière. Par le procédé de Sanson, modifié par Alphonse Guérin, on taille sur la paupière un lambeau en V que l'on dégage ; on supprime l'ectropion et l'on termine par une blépharorrhaphie.

Ces derniers procédés sont très ingénieux ; malheureusement, sur un tissu cicatriciel rétractile, il est impossible de trouver un lambeau. Force donc est, au chirurgien, de choisir parmi les procédés d'*anaplastie*. Une première technique consiste à prendre le lambeau destiné à reconstituer la paupière sur le sujet lui-même, ce lambeau restant pédiculé à son point d'origine. Pour cela, trois méthodes s'offrent à nous : la méthode française, la méthode italienne et la méthode indienne.

La *méthode française* consiste à prendre le lambeau vers la plaie elle-même et à l'attirer par glissement ou par pivotement comme le propose Denonvilliers. Dans certains cas, surtout lorsque les tissus sont lâches au voisinage de la paupière, cette méthode pourra être employée.

La *méthode italienne* propose de prendre le lambeau à une grande distance, sur la peau du bras par exemple et de venir l'appliquer sur la plaie, pro-

cédé très incommode pour le malade et d'une grande difficulté.

Enfin, la *méthode indienne* consiste à tailler des lambeaux très amples dans le voisinage de la plaie, et à les appliquer sur elle en tordant leur pédicule

D'autres chirurgiens, à la suite de Reverdin et d'Ollier (greffe dermo-épidermique), préfèrent prendre le lambeau sur un autre sujet ou bien sur le même sujet, mais en le détachant complètement et en le transportant aussitôt sur la surface à greffer : c'est l'hétéroplastie. Les greffes s'empruntent généralement à la face postérieure de la cuisse ou à la face antérieure du bras ou de l'avant-bras. Cette dernière méthode est surtout employée à la réparation des brûlures étendues. Mais les greffes dermo-épidermiques prendraient mal sur les paupières qui ne sont pas protégées.

Enfin la *Zooplastie* a pour procédé de prendre la peau ou la muqueuse des animaux pour la transplanter sur l'homme. C'est ainsi que la peau du dos de la grenouille a été employée avec succès.

On voit donc combien nombreuses sont les ressources de la chirurgie dans cet ordre d'idées. Toutefois, une longue expérience et des observations nombreuses ont déterminé M. le professeur Rollet à user presque exclusivement, pour les autoplasties palpébrales, de la méthode française par glissement (procédé du tiroir) après les ablations du cancer (1)

(1) ROLLET. La blépharoplastie à tiroir. *Revue générale d'ophtalm.*, p. 49, 1906.

et de la méthode indienne pour l'ectropion cicatriciel. Les plus beaux résultats sont dûs au procédé qu'il a décrit à *quatre lambeaux* pédiculés, lambeaux rabattus par torsion sur les paupières, où ils sont maintenus suturés (1).

Si les pansements sont faits régulièrement et avec soin, la cicatrisation est rapide, et le résultat esthétique fort satisfaisant. C'est que, ici, les conditions essentielles pour une bonne autoplastie sont observées : d'une part, des lambeaux qui s'adaptent exactement à la surface à recouvrir et qui sont pris sur une région bien vascularisée ; d'autre part, des pédicules suffisamment larges et épais pour assurer une bonne nutrition de ces lambeaux. C'est ce dernier procédé qui a été employé dans le cas de L... Félicie, et l'on peut se rendre compte, d'après la photographie prise lors de la guérison, des bons résultats qu'il a donné.

(1) ROLLET. Blépharoplastie à double lambeau pédiculé. *Revue générale d'ophtalm.* nov. 1903.

CONCLUSIONS

I. — Les paupières sont fréquemment le siège de lésions définitives : œdème chronique, phlegmon aigu, gangrène, au cours de certaines affections ; ces divers accidents doivent être mis sur le compte d'une susceptibilité très grande des tissus palpébraux qui les rend plus vulnérables.

II. — L'intensité du travail inflammatoire, la gêne mécanique de la circulation résultant de l'intensité de l'œdème, peut être aussi parfois la virulence du streptocoque peuvent provoquer dans les cas d'érysipèle facial, une gangrène des paupières.

III. — En général, cette gangrène est indépendante de l'évolution et de la gravité de l'érysipèle lui-même.

IV. — Le diagnostic causal de la gangrène des paupières est fort délicat à déterminer. D'autant plus que l'examen bactériologique est souvent négatif.

V. — Le pronostic immédiat de cet accident est en général favorable. Mais le pronostic éloigné est

sérieux en raison des pertes de substances et des cicatrices vicieuses que la gangrène entraîne.

VI. — Le traitement chirurgical de choix et qui paraît donner les meilleurs résultats est l'autoplastie par la méthode indienne et plus spécialement dans le cas de destruction des deux paupières : l'autoplastie par le procédé à quatre lambeaux pédiculés, procédé de M. le professeur Rollet.

Le Président de la Thèse,

E. ROLLET.

Vu :

Le Doyen,

L. HUGOUNENQ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Lyon, le 9 janvier 1909.

Le Recteur, Président du Conseil de l'Université,

P. JOUBIN.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- HÉBRÉARD. — Mémoire sur la gangrène considérée dans les divers systèmes anatomiques qu'elle peut affecter (Mémoire et prix de la Société Médicale de Paris, 1817).
- JACCOUD. — Dictionnaire de médecine pratique.
- DESCHAMBRE. — Dictionnaire de médecine.
- JULLIARD. — Anévrysme diffus primitif intra-oculaire. Guérison par inflammation du sac. Gangrène intra-oculaire. (*Gazette des Hôpitaux*, 1873, p. 740).
- GOSSELIN. — Travail d'ensemble (*In* dictionnaire de médecine pratique, tome XIV, p. 22).
- ASCHENBORN. — Gangrène des paupières gauches. (*In Archiv. für Klin. Chir.* Berlin, 1880, tome XXV).
- PEDRAGLA et DEUTCHMANN. — Elème chronique des paupières avec inflammation crysipelateuse et tumeur des bords palpébraux (*Graefé's Archiv.* XXIV, tome I).
- HILBERT. — Un cas particulier de gangrène spontanée de la peau des paupières (*Centralbl. f. p. Augenh.*, oct. 1883).
- Richard DERBY. — Un cas de gangrène des paupières avec restauration subséquente du tissu, sans opération plastique (*New-York méd. Journal*, 25 j. 1884).
- VALUDE. — Phlegmon gangréneux des paupières (*Revue gén d'ophtalmologie*, 1890).

- LAVRAUT. — Œdème chronique des paupières (*Revue gén. d'ophtalmologie*, 1890).
- ANDERSON SMITH. — Œdème solide érysipélateux des paupières. *Revue génér. d'ophtalmologie*, 1890).
- MITVALSKY. — Deux cas de gangrène bilatérale des paupières, 1893 (*Klinische Monatsblaetter für Angenheilkunde*, juin 1893).
- ACHALME. — Considérations pathogéniques et anatomo-pathologiques sur l'érysipèle (*Thèse de Paris*, 1893).
- ELSCHING. — De la gangrène des paupières (Ueber Gangraen der Lidhaut, *Klinik Monatsbl. f. Augenheil*, 1893).
- RANDALL. — Archives d'ophtalmologie. — Gangrène idiopathique des paupières (*Section d'ophtalmologie du collège des médecins de Philadelphie*. Meeting du 15 février 1898).
- PÉCHIN. — Erysipèle des paupières (*Revue d'ophtalmologie*, 1900).
- STEPHENS. — *Revue gén. d'ophtalmologie*, 1901.
- TROUSSAINT. — *Revue gén. d'ophtalmologie*, 1903.
- DECROS. — Erysipèle de la face à répétition d'origine nasale (*Journal des sciences médicales de Lille*, 1904).
- CASTRESANA et GORCOCHEA. — *Corresp. Méd.* (Madrid 1904 XXXXIX.)
- PES. — Le phelmon gangréneux aigu des paupières (*Zeitschrift für Angenheilkunde*, 1904).
- ISOLA. — A. Gangrena de los parpados post varicelosa (*Archiv. de oftalm. Hispano-Ain*, Barcelone, 1905).
- NORDMANN. — Œdème aigu des paupières (*Lyon Méd.*, 1905).
- MOREAU. — Œdème malin des paupières inférieures (*Lyon Méd.*, 1905).
- OPITZ. — Sygmnitrische gangrën beider sider nach Verletzung an der stirne (*Muncher med. Vschr*, 1906).
- ISHEWARA. — (a case of gangrenous erysipelas) Sei i K̄wai et J. Tokio.

SCHMITT René. — Œdème malin charbonneux des paupières
(*thèse de Lyon*, 1906).

RABINOVITCH. — Gangrene of the left upper eyelid (*Vestrich
oftalm*, Moscou, 1906-7).

TERRIEN F. — De la cécité à la suite de l'érysipèle (Com-
munication à la Société d'Ophtalmologie. — Paris 1907).

PRINCE H. — Contribution à l'étude de l'érysipèle gangré-
neux (Paris 1907).

MORAX. — Pronostic de la pustule maligne des paupières.
(*Annales d'oculistique*, Paris 1908.)



